

REHABILITACYJNA KARTA PACJENTA

Nazwisko Imię ur.

Adres PESEL

Wywiad: (odpowiedź prawidłową zakresł w kółko)

- | | |
|--|-----------|
| 1. Czy ma (miała) Pan(i) problemy zdrowotne z powodu: | TAK / NIE |
| • Serca (choroba wieńcowa, zawał) | TAK / NIE |
| • Nadciśnienia tętniczego | TAK / NIE |
| • Płuc (duszności, astma, gruźlica) | TAK / NIE |
| • Przewodu pokarmowego (choroba wrzodowa, krwawienia) | TAK / NIE |
| • Dróg moczowych (kolka nerkowa, zaburzenia oddawania moczu) | TAK / NIE |
| • Cukrzycy | TAK / NIE |
| • Utraty przytomności (omdlenia) | TAK / NIE |
| • Uczuleń (np. po lekach) | TAK / NIE |

Jeśli odpowiedział(a) Pan(i) na któreś z pytań TAK, proszę opisać te problemy własnymi słowami:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- 2 Czy zażywa Pan(i) aktualnie jakieś leki TAK / NIE

Jakie, ile razy:

.....
.....
.....

3. Czy był(a) Pan(i) już leczony(a) rehabilitacyjnie i jakie zabiegi Pan(i) brał(a) w ostatnich 3 miesiącach: TAK / NIE

.....
.....
.....

Oświadczam, że na w/w pytania odpowiedziałem (am) zgodnie z moją najlepszą wiedzą i niczego nie zataiłem (łam).

.....
(data i podpis pacjenta)

REHABILITACYJNA KARTA PACJENTA

(wypełnia lekarz kierujący)

Imię i Nazwisko.....

PESEL:.....

WYKAZ CHOROÓB WSPÓLISTNIEJĄCYCH

NAZWA CHOROBY	ZALECANE LEKI

OCENA FUNKCJONALNA PACJENTA

LOKOMOCJA			
Czy pacjent samodzielnie:		Czy pacjent wymaga stosowania:	
siada w łóżku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> laski	<input type="checkbox"/> balkonika
przesiada się z łóżka na krzesło	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> jednej kuli	<input type="checkbox"/> chodzika
wstaje z krzesła	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> dwóch kul	
chodzi po pokoju/korytarzu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> wózka inwalidzkiego	
chodzi po schodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ortez lub innego zaopatrzenia ortopedycznego	
CZYNNOŚCI FIZJOLOGICZNE			
Czy pacjent samodzielnie:		Czy pacjent wymaga stosowania:	
trzyma moc	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	cewnika	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
trzyma stolec	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	pampersów / pieluch	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
odkrtusza wydzielinę	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	worków stomijnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		sondy dojelitowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		karmienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		odsysania wydzielin	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
WYDOLNOŚĆ WYSIŁKOWA – czy pacjent jest:			
Wydolny krążeniowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Wydolny oddechowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
ZMODYFIKOWANA SKALA RANKINA			
0	Pacjent nie zgłasza skarg		
1	Pacjent zgłasza niewielkie skargi, które nie wpływają w sposób istotny na jego tryb życia.		
2	Niewielki stopień inwalidztwa. Objawy nieznacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia, lecz nie ograniczają możliwości samodzielnego funkcjonowania. Nie jest zależny od otoczenia.		
3	Średni stopień inwalidztwa. Objawy znacznie zmieniają dotychczasowy tryb życia i uniemożliwiają całkowicie niezależne funkcjonowanie.		
4	Dość ciężki stopień inwalidztwa. Objawy zdecydowanie uniemożliwiają samodzielne życie. Nie jest konieczna ciągła opieka i pomoc osoby drugiej.		
5	Bardzo ciężki stopień inwalidztwa. Pacjent całkowicie zależny od otoczenia. Konieczna stała pomoc osoby drugiej.		
SAMOOBSŁUGA – czy pacjent potrafi samodzielnie:			
ubrać się i rozebrać	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	umyć się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
skorzystać z toalety	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	chodzić na zabiegi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
zażywać zlecone leki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
WYBRANE PROCESY POZNAWCZE			
Mowa porozumiewanie się	<input type="checkbox"/> Prawidłowa	<input type="checkbox"/> Zaburzenie	Jakie:
Kontakt z pacjentem	<input type="checkbox"/> Pełny prawidłowy	<input type="checkbox"/> Ograniczony	<input type="checkbox"/> Brak kontaktu logicznego
Motywacja u pacjenta do rehabilitacji	<input type="checkbox"/> Jest	<input type="checkbox"/> Brak	
Upośledzenie umysłowe	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	Jakiego stopnia:

Czy istnieją przeciwwskazania do rehabilitacji: NIE TAK Jakie:.....

.....
Data wystawienia

.....
Pieczętka i podpis lekarza kierującego